

■ 利用料表(グループホームわかすぎの丘・七里)

令和6年4月現在

(単位:円)

| 介護保険の自己負担分 | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|
| サービス費用の項目 | サービス費用 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| 認知症対応型 共同生活介護費Ⅱ | (網掛け部は日額です) | 761 | 765 | 801 | 824 | 841 | 859 |
| | | 月額料金(31日として) | | | | | |
| | | 23,591 | 23,715 | 24,831 | 25,544 | 26,071 | 26,629 |
| 医療連携体制加算Ⅰハ | 37 | 1,147 (訪問看護との連携による、健康管理、主治医との連絡調整の実施) | | | | | |
| 認知症専門ケア加算Ⅰ | 4 | 124 (専門研修修了職員を配置し、専門的な認知症ケアをチームで実施) | | | | | |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | 6 | 186 (介護職員のうち、勤続7年以上の者が3割以上) | | | | | |
| 協力医療機関連携加算1 | (月単位) 100 | 100 (協力病院と情報共有する会議を定期的に開催) | | | | | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算1 | (月単位) 10 | 10 (感染症指定病院と感染症発生時に対応できる体制を確保) | | | | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | (月単位) 30 | 30 (歯科専門職の助言を受け、口腔ケア体制の向上を実施) | | | | | |
| 認知症チームケア推進加算Ⅰ | (月単位) 150 | 150 (認知症の行動・心理症状を予防・早期対応するための取組みを実施) | | | | | |
| 科学的介護推進体制加算 | (月単位) 40 | 40 (利用者の心身の基本情報を厚生労働省に提出、ケアの向上を図る) | | | | | |
| 介護職員待遇改善加算Ⅱ | 保険給付サービス費、1ヶ月分総 単位数×0.178(月単位) | 4,517 | 4,539 | 4,738 | 4,865 | 4,959 | 5,058 |
| 地域区分(7級地) | 保険給付サービス費、1ヶ月分総 単位数×1.014 | 30,314 | 30,462 | 31,795 | 32,647 | 33,276 | 33,943 |
| 介護保険 31日の月の1ヶ月の 自己負担額=【A】 | 1割負担 | 30,314 | 30,462 | 31,795 | 32,647 | 33,276 | 33,943 |
| | 2割負担 | 60,628 | 60,924 | 63,590 | 65,293 | 66,552 | 67,885 |
| | 3割負担 | 90,941 | 91,386 | 95,385 | 97,940 | 99,828 | 101,828 |

※介護職員待遇改善加算は、6月1日に改定になります。それまでは従前の加算内容となります。

| 利用状況に応じて加算される、介護保険サービス費用 | | | | | | | |
|--------------------------|--------|--|---------------------|--------|-------|------------------------|--|
| サービス費用の項目 | サービス費用 | 摘要 | サービス費用の項目 | サービス費用 | 摘要 | | |
| 初期加算(日額) | 30 | 入居、または30日を超える入院後の再入居から30日を限度に。 | 看とり介護 加算 (日額) | 1 | 72 | 死亡日以前31日以上45日以下。 | |
| 生活機能向上 連携加算 (月単位) | I 100 | 機能向上を達成すれば、マウントを古 用して取組んだ時に3ヶ月を限度 に。 | | 2 | 144 | 死亡日以前4日以上30日以下。 | |
| | II 200 | リハビリ職が訪問して取組んだ時に3ヶ月を限度に。 | | 3 | 680 | 死亡日前日及び前々日。 | |
| 退去時情報提供加算 (1回) | 250 | 入院時の病院への情報提供。 | | 4 | 1,280 | 死亡日。 | |
| 入院時費用(日額) | 246 | 入院した場合、月に7日を限度に。 | 新興感染症等施設療養費 (日額) | | 240 | 新たな指定感染症の療養介護を した時。 | |

| 介護保険外の実費負担分 | | 1ヶ月(31日間)の自己負担額 |
|--------------|----------------------------|-----------------|
| 部屋料 | (月単位) | 51,000 |
| 食材料費 | (日額1450) 朝350、昼550、夕550 | 44,950 |
| 光熱水費 | (月単位) | 21,000 |
| 居室等修繕積立金 | (月単位) | 4,000 |
| 保険外負担の合計=【B】 | | 120,950 |

| 1ヶ月の自己負担額合計 【A】+【B】 | | | | | | |
|---------------------|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 1ヶ月(31日間)の自己負担額 | | | | | |
| | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| 1割負担 | 151,264 | 151,412 | 152,745 | 153,597 | 154,226 | 154,893 |
| 2割負担 | 181,578 | 181,874 | 184,540 | 186,243 | 187,502 | 188,835 |
| 3割負担 | 211,891 | 212,336 | 216,335 | 218,890 | 220,778 | 222,778 |

※医療費、お薬代、オムツ代、介護ベッドレンタル費用は含まれません。